ITEM 094 : RACHIALGIE

La rachialgie, quel que soit son niveau, est un symptôme, dont l'étiologie peut être très variée, même si elle est le plus souvent d'origine dégénérative (rachialgie commune), jusqu'à preuve du contraire il faut toujours éliminer les rachialgies dites secondaires.

CERVICALGIE

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE DANS LA CERVICALGIE COMMUNE AIGUË	**Interrogatoire**	- Se renseigner sur : âge, profession, activités physiques, atcd cervicaux et généraux, circonstance de survenu de la cervicalgie. - Caractériser la douleur et sa topographie, son ancienneté et son évolution. - Se renseigner sur les signes accompagnant la cervicalgie : céphalée, vertiges, douleurs orbiculaires ou irradiation.
	Examen physique	- Global. - Noter le caractère longiligne ou bréviligne du sujet, la statique rachidienne, les attitudes (guindée notamment en torticolis avec rotation d'un côté et inclinaison controlatérale). - Explorer les mobilités actives et passives du sujet. - Palpations des points douloureux, ainsi que des trajets musculaires. - Testing musculaire et sensitif, étude des réflexes. - Évaluation du contexte psycho-affectif et social (contentieux juridique et financier).
	Examen complémentaire	- Pas d'examen à faire dans le cadre d'une cervicalgie d'allure commune et non compliquée. - Dans les autres cas : Radiographie standard de face de profil et de ¾ (parfois EOS pour évaluer l'équilibre global). - Clichés dynamiques en flexion-extension potentiellement utile dans un contexte traumatique à la recherche d'une instabilité résiduelle (entorse grave) non recommandé en routine (fracture instable). - Si doute sur une cervicalgie secondaire : . Biologie : NFS VS et CRP. . IRL ou scintigraphie ou TDM.
CAUSES DE CERVICALGIE COMMUNE AIGUË NON COMPLIQUEE		- Musculaire : Syndrome myofascial (de travel) le plus souvent avec une contracture des muscles sous-occipitaux (cervico-céphalalgies). - Articulaire postérieure pouvant être associée à des pseudo névralgies cervico-brachiales avec un trajet tronqué (épaule pour le niveau articulaire C4C5 épicondyle pour C5C6 tricipital C6C7). - Névralgie d'Arnold en rapport avec une compression du grand nerf occipital correspondant à la branche postérieure de C2. - Cervico-dorsalgie avec irradiation para-scapulaire du même côté de la NCB.
CERVICALGIES COMPLIQUEES	**NCB**	- Le plus souvent avec compression par une hernie discale (molle ou dure). - Début peut être aigu, spontanée ou suite à un traumatisme (sportif souvent). - Paresthésie caractéristiques et douleur dans un territoire radiculaires classique. - Manœuvre de Spurling aggrave la névralgie (appuie sur la tête et inclinaison du côté de la névralgie) ; Manœuvre de distraction (traction) améliore la symptomatologie ; test d'abduction de Davidson améliore la symptomatologie. - Hernie → Impulsivité à la toux (manœuvre de Valsalva +).
	Myélopathie	- Compression médullaire dans le canal rachidien. - Signes pyramidaux (Hoffman + aux membres supérieurs ; Babinski aux membres inférieurs ; signe génito-sphinctérien). - Urgence → IRM + avis chirurgical. - Les autres examens complémentaires ne seront discutés qu'en cas de discordance anatomoclinique.
TRAITEMENT DES CERVICALGIES COMMUNES		- Antalgique : AINS + Palier 1 ou 2. - Collier mousse en cyphose (plus haut en arrière qu'en avant). - Décontractant musculaire possible. - Physiothérapie et massage en rééducation.

CERVICALGIES COMMUNES CHRONIQUES	- Dans le cadre de la pathologie dégénérative → Cervicalgie persistante malgré les traitements bien conduit depuis > 3 mois. - Deux causes organiques rares et chirurgicales : . Atteinte inflammatoire d'un disque, en général cervical bas, avec présence en IRM d'une discopathie de type Modic 1 (inflammation des plateaux et de l'os sous-chondral de part et d'autre d'un disque pincé. . Arthrose unilatérale de C1C2 entrainant une cervicalgie haute sous-occipitale avec parfois une névralgie d'Arnold bien reconnue sur la scintigraphie au technétium avec fixation unilatérale sous occipitale. - Whiplash syndrom ou coup du lapin : syndrome post-traumatique avec des signes souvent diffus associés à des cervicalgies à type de céphalées, vertige, atteinte du couplage oculo-céphalo-cervical. - Syndrome de Barré-Liéou : dans un contexte anxiodépressif et post traumatique associant céphalées vertiges acouphènes éblouissement fatigabilité à la lecture trouble du sommeil et de l'attention. - Cervicalgie s'intégrant dans le tableau de fibromyalgie ou de syndrome polyalgique idiopathique diffus (SPID) : Altération du contrôle neurologique central de la douleur, des points douloureux multiples, une cellulo-myalgie, une dépression réactionnelle et parfois asthénie. - Insuffisance vertébro-basilaire : compression arthrosique de l'artère vertébrale entrainant vertige, trouble auditif et visuel éventuellement dérobement des membres inférieurs sans perte de connaissance (drop attack). - 2 formes : . Chronique : les signes évoqués au-dessus, mais une discordance entre la richesse de ces signes et la pauvreté des signes objectifs (remise en cause de la réalité). . Aiguë et neurologique avec des accidents transitoires (syndrome vestibulaire, drop-attack, hémianopsie, syndrome alterne).
DD	**Cervicalgie secondaire** : - Cervicalgie post-traumatique ; cervicalgie tumorale ; cervicalgie infectieuse ; cervicalgie malformative ; cervicalgie inflammatoire. **Diagnostic différentiel des cervicalgies** : Douleur de l'épaule ; SDRC de l'articulation temporo-mandibulaire ; tumeur de la fosse postérieure ; cardiopathie ischémique ; RGO.

DORSALGIE

Douleur ressentie entre les niveaux T1 et T12 pouvant correspondre à une atteinte du rachis thoracique, mais souvent en rapport avec des douleurs projetées viscérales. Si aucune étiologie n'est reconnue, on parlera de dorsalgie commune (ou fonctionnelle ou « sine materia »), mais qui doit rester un diagnostic d'élimination.

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE	- Interrogatoire : . Essentiel, car l'examen clinique thoracique est pauvre. . Caractériser la douleur (siège, rythme, influence des sollicitations mécaniques et des positions, date, début, évolution sous traitement, horaire, irradiation). - Examen clinique : pauvre. Apprécier l'équilibre global, mobilité en flexion extension, rechercher des points douloureux. Réaliser un examen neurologique complet. - Examens complémentaires : . Radiographie du rachis thoracique de face et de profil, bilan biologique (NFS VS CRP). . Si suspicion de dorsalgie secondaire, radio de poumon, scintigraphie osseuse, scanner ou encore IRM pourront aider.
DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE	**Il faut éliminer une dorsalgie symptomatique** (ou secondaire). Pathologie non rachidiennes révélées par des dorsalgies : - Pathologie cardio-vasculaire (insuffisance coronarienne, péricardite, anévrisme de l'aorte thoracique). - Pathologie pleuropulmonaire (cancer bronchique, pleurésie, tumeur médiastinale). - Pathologie digestive (ulcère, affection hépato-biliaire, œsophagite, pancréatite, gastrite, cancer de l'estomac, de l'œsophage, du pancréas). Douleurs rachidiennes symptomatiques d'une affection sous-jacente - Discarthrose et arthrose costo-vertébrale. - Spondylodiscite infectieuse (tuberculeuse ou germe banal) en s'appuyant sur la biologie, la scintigraphie, l'IRM, voir biopsie. - Rhumatisme inflammatoire (SPA, Rhumatisme psoriasique, SAPHO). - Fracture ostéoporotique. - Tumeur intrarachidienne ; tumeur bénigne ou maligne rachidienne. - Maladie de forestier (hyperostose vertébrale engainante). Hernie discale thoracique asymptomatique : - Retrouvé dans 25 % des IRM réalisé pour d'autres causes. Elle peut se traduire par une douleur dorsale plus ou moins importante.

	Dorsalgie commune statique : - Douleur en rapport avec des troubles et des déformations de la colonne comme une cypho-scoliose ou une cyphose en rapport avec une dystrophie rachidienne de croissance (maladie de Scheuermann). Ces déformations ne sont pas douloureuses, mais peuvent être douloureuses pendant la croissance. On retiendra le lien entre la dorsalgie et la déformation que si ces douleurs sont mécaniques, en regard des lésions et évoluent par des poussées rythmées par les activités physiques. Il peut exister un dérangement intervertébral mineur. Correspondant à un dorsalgo brutale en rapport avec un blocage articulaire postérieur. Ce dorsalgo peut être amélioré par des manipulations ou des infiltrations articulaires postérieures. Dorsalgie interscapulaire d'origine cervicale basse (par irritation du rameau postérieur du nerf rachidien cervical). Dorsalgies fonctionnelles : Si l'interrogatoire et de l'examen clinique n'orientent vers aucune cause symptomatique. C'est un diagnostic d'élimination. 5 à 10 % des consultations de rhumatologie. Souvent femme jeune avec activité physiques contraignantes qui peuvent s'intégrer dans un tableau de fibromyalgie.
TRAITEMENT DES DORSALGIES COMMUNES	- Les causes viscérales ou rachidienne symptomatiques nécessitent un traitement spécifique. - Les dorsalgies communes sont traitées par antalgique AINS rééducation avec physiothérapie et renforcement musculaire paravertébraux. - Dans le cadre des dérangements articulaires, on peut proposer des manipulations ou une infiltration articulaires postérieures.

LOMBALGIE

On distingue les lombalgies communes (LC) liées à l'arthrose qui sont extrêmement fréquentes et les lombalgies symptomatiques (ou secondaire) qui sont plus rares, mais toujours plus graves, qui sont donc à éliminer en première intention.

DIAGNOSTIC	SF	- **Douleur** : siège (lombaire basse, lombofessière), irradiations (fesse, face postérieure de la cuisse, membre inférieur, fosse iliaque, hypogastrique, pli inguinal), rythme mécanique ou inflammatoire (possible en cas de lombalgies communes en période aiguë). - Évolution : spontanément favorable avec le temps et sous traitement dans le cas des lombalgies communes s'aggravant avec le temps et malgré le traitement dans les lombalgies secondaires. - Effet des sollicitations mécaniques : **Impulsivité** à la toux ou à la défécation (origine discale), augmentation lors d'un port de charge d'un effort ou positionnel. - Les ATCD : épisodes répétitifs de blocage lombaires dans le cadre des lombalgies communes.
	SC	- **Trouble de la statique sagittale** (hyperlordose lombaire) ou **frontale** (scoliose). - **Mobilité** du rachis articulaire, **contracture** musculaire paravertébrale, **points douloureux.** - Recherche de **signes de souffrance radiculaire ou d'une atteinte de la queue de cheval,** d'un **syndrome cellulomyalgique**, de signes de **souffrance articulaire sacro-iliaque** et **coxo-fémorale.**
	PC	- **Rx standard** : statique rachidienne, dégénérescence discale, anomalies morphologiques congénitales ou acquises - **Scanner, IRM, scintigraphie osseuse** : en 2de intention.
LC ISOLEE	Évolue vers la lombalgie chronique (persiste >3 mois) dans 5 % des cas → Problèmes sur le plan socio-économique.	
	Lombalgie aiguë et lumbago	- Blocage douloureux lombaire brutal après effort associé à une impulsivité à la toux (fait évoquer une atteinte du disque). La douleur ne dépasse pas les genoux, et l'examen neurologique est normal. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire si les circonstances de survenue sont classiques et si le sujet est jeune. - Thérapeutique : Ralentissement des activités sans repos total, traitement par AINS, antalgique non morphinique, myorelaxant. AT le plus court possible. - Manipulations médicalisées peuvent être proposées si on pense à une atteinte articulaire postérieure (2e cause de lombalgie aiguë avec blocage lombaire sans impulsivité à la toux. - Protection par ceinture lombaire peut être proposée en début de crise. - Rassurer le patient sur l'évolutivité, suggérer une activité physique régulière avec notamment un travail de renforcement musculaire par gainage une fois que la crise est passée. - Évolution favorable en 8 à 15 j.
	Lombalgie commune chronique	- 5 % des lombalgies communes, mais 75 % des dépenses de santé. - Par définition >3-6 mois, survient en général après répétition des lombalgies aiguës avec un ensemble de facteurs favorisants : traumatisme au travail, vibration, tabagisme, alcoolisme, bas niveau social d'éducation, problèmes familiaux et professionnels, antécédents psychosomatiques. - L'examen clinique est plus pauvre que dans les lombalgies aiguës. - Scores fonctionnels notamment de QUÉBEC de DALLAS ou EIFEL. - L'examen neurologique est strictement normal. - Radiographies lombaires simples n'ont pas un intérêt majeur, pas plus que les clichés dynamiques. - IRM permet d'éliminer tout affection secondaire et pour apprécier au mieux l'état des disques intervertébraux. - Le traitement est complexe et multidisciplinaire. Le traitement médical est celui de la lombalgie aiguë, les infiltrations ont peu d'efficacité de même que les AINS. - Psychotropes et techniques physiques comme la relaxation peuvent aider. Adaptation posturale, ergonomie rachidienne, renforcement musculaire et soutien psychologique.

		- Le port de la ceinture lombaire n'est pas validé. - Chirurgie exceptionnelle. - On peut isoler dans ces lombalgies communes chroniques, des lombalgies d'origine articulaire postérieure qui peuvent toucher la femme âgée qui est en hyperlordose et qui présentera des pseudo-sciatiques et des téno-myalgies, parfois un aspect de pseudo-spondylodiscite dégénérative sur des radiographies ou sur l'IRM. Il existe aussi des lombalgies d'origine articulaire postérieure qui s'intègrent dans le cadre de scoliose. - Traitement → Physiothérapie, manipulations, infiltrations articulaires postérieures et rééducation en cyphose.
LC NON-ISOLEE	*Lombalgie compliquée de radiculalgie*	- Sciatique (compression des racines L5/S1) ou cruralgie (L3/L4) le plus souvent en rapport avec une compression par hernie discale qui peut être postéro-latérale, foraminale ou centrale. La lombalgie accompagnée d'une raideur en flexion très caractéristique ou d'une attitude scoliotique est impulsive à la toux comme radiculalgie. Elle est augmentée quand le sujet est debout se penche en avant. (Signe de Mac Nab) ou quand on réalise sur le sujet allongé la manœuvre de Lasègue (sciatique ou Lasègue inversé si cruralgie). - Examen neurologique précis à faire +++.
	Lombalgie compliquée de syndrome de la queue de cheval	- Urgence médico-chirurgicale. - Diagnostic basé sur : troubles vésico-sphinctériens, génitaux et anaux. - IRM demandée en urgence.
	Lombalgie compliquée de claudication des membres inférieurs	- Dans un tableau de canal lombaire étroit. Signe du caddie. - Diag différentiel AOMI. - Très fréquent chez le sujet de plus de 60 ans, plus rarement chez le sujet jeune (hernie sténosante). - SI échec du traitement conservateur on peut discuter d'une chirurgie décompressive.
LOMBALGIE SYMPTOMATIQUE		- 1 % des lombalgies. - Progressif, sans facteur déclenchant, atypies topographies avec douleurs lombaires hautes et diffuses. - Atypie dans le rythme douloureux avec des douleurs nocturnes qui surviennent souvent en 2e partie de nuit. - Densité et la ténacité avec résistance au traitement médical. - Raideur globale. Causes : - Tumorales malignes par myélome ou métastases avec sur les radiographies possibilité de tassement, une image de vertèbre borgne (lyse pédiculaire) ostéocondensation voire même déminéralisation. Scintigraphie, scanner, IRM indispensables et conduiront à réaliser une biopsie. - Tumorales bénignes notamment ostéome ostéoïde entrainant des douleurs intenses nocturnes améliorées par l'aspirine. TDM : Image en cocarde, fixation à la scintigraphie. - Spondylodiscite (BK ou germe banal). Radio IRM et scintigraphie indispensable. Après les examens complémentaires, la ponction-biopsie discale et les hémocultures permettent de retrouver le germe en cause. - Spondylarthropathie et spondylarthrite ankylosante et son syndrome pelvi-rachidien et ses syndesmophytes. Uvéite, talalgie et douleur sacro-iliaque oriente le diagnostic. Douleur type inflammatoire répondant aux AINS. - Ostéopathies déminéralisantes avec ostéoporose, ostéomalacie et les ostéopathies fragilisantes (corticothérapie prolongée et ménopause précoce).
EXTRA-RACHIDIENNE		Dominées par l'anévrysme de l'aorte abdominale → Urgence, nécessite un diagnostic précoce. - Peut s'exprimer par une lombalgie aiguë avec fissuration de l'anévrysme et collapsus cardio-vasculaire ou pas une lombalgie chronique avec irradiation abdomino-génito-crurale du fait de fissurations répétées. - Des signes généraux sont associés avec amaigrissement, fébricule, anémie, biologie inflammatoire. - Échographie et scanner indispensable. Pathologies urinaires (lithiase rénale, hydronéphrose, tumeur rénale). - Échographie et urographie intraveineuse indispensable. - Pathologie digestive.

SACRALGIES

- Douleurs médianes basses irradiant vers le périnée.
- Toujours craindre une lésion secondaire du sacrum et donc proposer rapidement une IRM et un scanner du petit bassin.
- Il peut exister une fracture spontanée du sacrum dans le cadre des maladies déminéralisantes ou d'excès de contrainte, notamment sportive (fracture de fatigue).
- Encore une fois, il ne faut pas hésiter à demander une IRM une scintigraphie ou un scanner du fait de la difficulté de lecture des radiographies standard.

COCCYGODYNIES

- Le coccyx fait partie de la colonne vertébrale.
- Douleur en position assise et lors du relèvement d'une chaise souvent considérée comme en rapport avec une somatisation.
- Néanmoins on peut distinguer des coccygodynies communes : ATCD de chute, d'accouchement difficile ou d'obésité. Il existe une atteinte des disques sacrococcygiens ou inter-coccygiens avec une instabilité en position assise qui est reconnue sur les clichés de profil et surtout les clichés dynamiques en position assise (luxation postérieure, hypermobilité en flexion et parfois épine coccygienne).
- Toujours se méfier d'une coccygodynie secondaire (tumeur ++).
- Traitement : infiltration du disque sacro-coccygien, manipulation, exérèse chirurgicale du coccyx.